

FATIGA COMPASIVA DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS DE CUIDADOS INTENSIVOS

COMPASSION FATIGUE AMONG CRITICAL CARE NURSES

Trabajo de Fin de Grado

Universidad Autónoma de Madrid
Grado en Enfermería
Curso 2019 - 2020

Nombre: Elena García Martín
Tutora: Cristina Oter Quintana

*Cuando los días eran tormento y las noches, terror confuso;
Cuando los Poderes de las Tinieblas dominaban nuestra alma;
Cuando huimos de la muerte a través de Siete Infiernos de fiebre,
Ellas nos tendieron la mano y nos curaron y recompusieron.*

*Hasta que el dolor se apiadó y nos sumió en el silencio
Cuando cada nervio clamaba contra Dios, hacedor de este barro malgastado.
Cuando triunfó el cuerpo y la última vergüenza desapareció,
Ellas soportaron nuestra agonía y nos enjugaron el sudor.*

“ENDECHA DE LAS ENFERMERAS FALLECIDAS” Joseph Rudyard Kipling

Resumen

Introducción: La Fatiga Compasiva hace referencia al agotamiento físico, psíquico y emocional que se produce como consecuencia del contacto prolongado con el sufrimiento de los pacientes. Estudios previos apuntan a que aparece con mayor frecuencia en profesionales enfermeros que desarrollan su actividad profesional en Unidades de Cuidados Intensivos. El cuestionario Professional Quality of Life Scale versión V (Pro-QOL – V) ha sido una de las herramientas más empleadas para su medición a nivel internacional. **Objetivo:** Validación de la versión española del cuestionario Pro-QOL – V en enfermeras de Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad de Madrid. **Metodología:** Estudio de validación a realizar en 6 fases: Fase 1: traducción de la versión inglesa del cuestionario al español. Fase 2: versión preliminar traducida del cuestionario. Fase 3: retro-traducción del cuestionario al inglés. Fase 4: versión pre-final traducida del cuestionario. Fase 5: pilotaje de la versión pre-final del cuestionario con 40 enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos. Fase 6: Validación dese establecerán las propiedades psicométricas del cuestionario traducido. **Conclusiones:** la validación de la versión española del Pro-QOL – V permitirá disponer de una herramienta a priori válida y fiable para estudiar la Fatiga Compasiva en enfermeras de Cuidados Intensivos en nuestro contexto.

Palabras clave: Fatiga Compasiva, Satisfacción Compasiva, Burnout, Unidad de Cuidados Intensivos, validación, enfermera.

Abstract

Introduction: Compassion Fatigue refers to the physical, mental and emotional exhaustion that occurs as a consequence of prolonged contact with the suffering of the patients. Previous studies suggest that it appears more frequently in nursing professionals who develop their professional activity in Intensive Care Units. The Professional Quality of Life Scale version V questionnaire (Pro-QOL - V) has been one of the most widely used tools for its measurement at international level. **Objective:** Validation of the Spanish version of the Pro-QOL-V questionnaire in nurses from Critical Care Units of the Community of Madrid. **Methodology:** Validation study to be carried out in 6 phases: Phase 1: translation of the English version of the questionnaire into Spanish. Phase 2: preliminary translated version of the questionnaire. Phase 3: retro-translation of the questionnaire into English. Phase 4: translated pre-final version of the questionnaire. Phase 5: piloting the pre-final version of the questionnaire with 40 nurses from Intensive Care Units. Phase 6: Validation will establish the psychometric properties of the translated questionnaire. **Conclusions:** the validation of the Spanish version of the Pro-QOL - V will allow to have a valid and reliable a tool to study Compassion Fatigue in Intensive Care nurses in our context.

Key words: Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Burnout, Intensive Care Units, validation, nurse.

Índice

Introducción	5
La compasión	5
El cuidado y la compasión	7
La Fatiga Compasiva.....	7
Objetivos	17
Material y Métodos.....	17
Diseño del estudio	17
Ámbito del estudio	18
Población a estudio.....	18
Proceso de validación del cuestionario	19
Recogida de datos.....	22
Análisis de datos.....	23
Cronograma.....	25
Presupuesto Económico	26
Consideraciones Éticas.....	26
Reflexiones finales	27
Limitaciones del estudio.....	27
Implicaciones para la práctica	28
Propuesta de nuevas líneas de investigación.....	28
Agradecimientos	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	36

Introducción

La compasión

La compasión es un término central de muchas religiones, como el Budismo o el Cristianismo¹. Es definida por la RAE como el “*sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias*”². La compasión hace referencia, por tanto, a “sufrir con”¹.

Goetz, en su análisis sobre la compasión, diferencia tres perspectivas sobre ésta en la literatura³:

1. La compasión como otra forma de nombrar el estrés empático (*empathic distress*). En este sentido la compasión es vista como una “etiqueta” que utiliza la gente cuando experimenta el estrés asociado al sufrimiento de otra persona y se asocia con dolor, tristeza o miedo³.
2. La compasión es una variante de la tristeza o el amor. Según esta perspectiva la compasión comparte propiedades con estas dos emociones³.
3. La compasión es un “estado afectivo” diferente. En este caso se considera que la compasión no tiene nada que ver con el amor, sino que conlleva patrones específicos de comportamiento³.

Este autor define la compasión como “*el sentimiento que aparece al ser testigo del sufrimiento de otro, el cual motiva el deseo de ayudar*”³. Además diferencia la compasión de la empatía o la pena, considerando que el primero hace referencia a la percepción que se tiene de las emociones de otros, y el segundo a la preocupación que se siente por alguien considerado inferior a uno mismo. También lo diferencia de la tristeza, afirmando que las pérdidas o el sufrimiento de uno mismo causan tristeza, mientras que las pérdidas o el sufrimiento de otros causan compasión³. Así, para Goetz, no es posible sentir compasión hacia uno mismo, puesto que ello no sería compasión, sino tristeza.

Por su parte Schantz, en su análisis de concepto sobre la compasión, incorpora distintas definiciones recogidas en la literatura, tales como: “*1. El sufrimiento junto con otro, participación en el sufrimiento, sentimiento de compañerismo, empatía. 2. El sentimiento de emoción, cuando una persona se conmueve por el sufrimiento o la angustia de otra, y por el deseo de aliviarla; lástima que lo inclina a uno a socorrer. 3. Emoción triste, tristeza, pena*”⁴.

También incluye la definición del diccionario de la *Random House Webster's*, que considera la compasión como: “*Un sentimiento de profunda simpatía y tristeza por otra persona afectada por la desgracia, acompañada de un fuerte deseo de aliviar el sufrimiento*”⁴.

Más centrado en el contexto de la salud, Papadopoulos et al definen la compasión como “*la profunda percepción del sufrimiento de otros y el deseo de aliviarlo*”⁵ identificando diferentes atributos de la misma, como la capacidad de reconocimiento del sufrimiento y la vulnerabilidad del otro, la empatía, el respeto a la persona, la atención a otros, y el deseo de aliviar el sufrimiento a los demás¹.

Goetz considera que la compasión no es incondicional, sino que está influenciada por el balance coste-beneficio. Esto quiere decir que es más probable sentir compasión cuando: 1. Existe una relación entre la persona que sufre y la que siente compasión; 2. Se puede esperar un comportamiento recíproco de la persona que sufre, y 3. Los beneficios de intentar actuar en consecuencia con la compasión superan a los costes³. En este sentido, considera que las personas se muestran más dispuestas a ayudar y sentir compasión por aquellos con los que están íntimamente relacionados (ya sea genética o emocionalmente), y con los que comparten valores, preferencias, comportamientos o características físicas³.

Asimismo, se observan diferencias culturales en la forma de conceptualizar la compasión, de tal forma que ésta depende de la cultura y espiritualidad de cada uno. En este sentido, Papadopoulos et al consideran que la compasión es aprendida durante el proceso de socialización¹. Igualmente, está influenciada por factores sociopolíticos, como por ejemplo, los conflictos bélicos (los individuos de países donde hay guerra o algún conflicto se muestran menos compasivos)⁵.

Morgan afirma que existen problemas relacionados con la discusión de la compasión en el entorno sanitario⁶. El primer problema consiste en que hay una tendencia a la naturalización del concepto. Ello quiere decir que el hecho de que unas personas muestren más o menos compasión que otras se ha explicado con hallazgos neurocientíficos, respaldándose así la idea de que estamos programados para sentir y actuar compasivamente con los demás. Esta tendencia niega o minimiza la espontaneidad de expresar emociones como la compasión, el miedo, la ansiedad y el asco según la situación y la persona, asumiendo que éstas se sienten porque el ser humano está programado para

ello, de tal forma que no considera la posibilidad de que haya personas que, ante una situación en la que “habría que sentir compasión”, no la sientan⁶.

El segundo problema es la individualización a la hora de hablar del término. Es decir, se considera una propiedad de individuos más que una relación subjetiva y situacional⁶. Esta individualización, según Morgan, “*minimiza los contextos y las restricciones institucionales en el fomento de la atención compasiva*”⁶.

El tercer problema es la cosificación de la compasión. Este problema hace que se vea la compasión como una propiedad que es natural de un individuo, y que se puede medir, cuantificar y calcular como si pudiera articularse como una cosa. Esta cosificación también se ve entre los profesionales sanitarios, que repiten ciertas fórmulas de comunicación compasiva para simular una conexión que realmente no existe⁶.

El cuidado y la compasión

Horsburgh et al sostienen que la compasión está ligada al cuidado y debería ser una parte fundamental de la práctica enfermera⁷. Consideran que demostrar compasión incluye la escucha activa, asegurar la dignidad del paciente y anticiparse a la posible ansiedad que pueda sentir y actuar para prevenirla. Se trata de demostrarle a los pacientes que son importantes como individuos, y no focalizar la atención en la enfermedad⁷.

Schantz considera que la compasión se ha considerado como la cualidad más preciada de una enfermera⁴. En el análisis de concepto de la compasión que realiza, menciona que ésta no solo se considera la esencia de la Enfermería, sino que es una cualidad inherente que deberían tener todas sus profesionales. Concluye que es importante alertar de que la compasión es lo que puede empoderar a la Enfermería a asumir roles más importantes y resolver o prevenir problemas en la población mundial⁴.

La Fatiga Compasiva

En el año 2012, se detectó una disminución de la calidad de cuidados proporcionados por parte de los profesionales sanitarios de Reino Unido. Entre sus posibles causas se señaló la reducción de la compasión en el personal sanitario (tanto la percibida como la dada), especialmente entre las enfermeras⁵.

Se sugirió que trabajar en una atmósfera que fomentase la compasión era un factor que contribuía al desarrollo del cuidado compasivo⁵. Sin embargo, la falta de apoyo por parte de la gestión (supervisores, adjuntos, directores...), la falta de remuneración, las malas condiciones de trabajo, la limitación de las oportunidades de carrera y la velocidad del cambio dentro de la Enfermería, entre otras, suponían barreras para este tipo de cuidado^{8, 9}.

La compasión es un elemento central del cuidado enfermero y un factor significativo en la satisfacción de las enfermeras con su trabajo¹⁰. Puesto que las enfermeras proporcionan un cuidado empático y establecen relaciones interpersonales con sus pacientes y familiares, pueden percibir y absorber el dolor y la agonía de éstos, lo cual desencadena en ellas emociones como la compasión¹⁰. Esta exposición prolongada al sufrimiento de sus pacientes, que genera compasión y empatía en ellas también de manera prolongada, puede ponerlas en riesgo de sufrir Fatiga Compasiva¹⁰.

La **Fatiga Compasiva** fue acuñada por Joinson en 1992, durante su investigación de la naturaleza del burnout en las enfermeras de los servicios de Emergencias. Se dio cuenta de que las enfermeras de dicho servicio habían perdido la habilidad para cuidar compasivamente⁸. Sin embargo, Joinson nunca definió el concepto oficialmente, sino que detectó una serie de signos y síntomas en ellas, a cuyo conjunto llamó Fatiga Compasiva⁸. Más tarde, en 1995, Figley adoptó este término para referirse de una manera “más amistosa” al “Trastorno de Estrés Traumático Secundario” (*Secondary Traumatic Stress Disorder*, STDS)⁸, es decir, a la misma definición de Trastorno de Estrés Traumático Secundario que ya existía le aplicó una etiqueta diferente, la de Fatiga Compasiva.

Coetzee et al definen la Fatiga Compasiva como “*el resultado final de un proceso progresivo y acumulativo causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés*”⁸. Por su parte, Peters considera la Fatiga Compasiva como “*un estado prevenible de agotamiento holístico que se manifiesta como una disminución física de la energía y la resistencia, un agotamiento emocional y disminución en la capacidad empática, y un agotamiento espiritual ya que uno se siente desesperanzado y sin ayuda para recuperarse*”¹¹. Para Sabery et al, la Fatiga Compasiva es también un problema biopsicosocial producido por una exposición prolongada al estrés. Especifican que el tipo de estrés al que están expuestas las personas que padecen Fatiga Compasiva es el estrés compasivo¹⁰.

Jenkins y Warren adoptan la definición de Fatiga Compasiva que aparece en el diccionario Taber, y que dice: “*cinismo, agotamiento emocional o egocentrismo en un profesional de la salud previamente dedicado a su trabajo y pacientes*”¹². Por su parte, Cross lo considera como un “*estado donde la compasión y la empatía se pierden*”¹³, y que se manifiesta en las esferas emocional, psicológica, intelectual, profesional, física, social y espiritual¹³.

Existe desacuerdo entre los diferentes autores con respecto a si la Fatiga Compasiva es un fenómeno exclusivo de los profesionales de la salud⁸⁻¹². Así, Al Barmawi et al, la relacionan con una exposición prolongada a los eventos traumáticos de los pacientes que cuidan exclusivamente los profesionales de la salud, mientras que Coetzee et al, al igual que Peters o Sabery, no lo consideran un fenómeno que se de en determinados profesionales⁸⁻¹¹. Mooney et al, por su parte, afirman que la Fatiga Compasiva constituye un fenómeno multidisciplinar¹⁴. Jenkins y Warren apuntan en la misma línea, observando la presencia de este fenómeno también en policías o, incluso, abogados¹².

La Fatiga Compasiva se relaciona con varios conceptos (ver figura 1). El primero de ellos es el **Trastorno de Estrés Traumático Secundario**. Según Burnett et al, “*la Fatiga Compasiva también se ha definido constructivamente como Estrés Traumático Secundario (STS) o trauma secundario dentro de la literatura*”¹⁵, es decir, este término y el de Fatiga Compasiva se utilizan, en ocasiones, indistintamente para hacer referencia al mismo problema^{15, 16}. Según estos autores, el Trastorno de Estrés Traumático Secundario está relacionado con el agotamiento emocional y tiene tres síntomas que lo caracterizan: volver a experimentar el evento traumático, evitar los recuerdos o adormecimiento de éstos y la excitación fisiológica persistente¹⁵.

El segundo concepto que se estudia de la mano de la Fatiga Compasiva es el **Síndrome de Burnout**, definido como “*el agotamiento de la fuerza física o emocional, como resultado de frustración o estrés prolongados*”¹¹. Es considerado específicamente en Enfermería como el estrés relacionado con el trabajo que resulta en relaciones exigentes y con mucha carga emocional entre las enfermeras y los pacientes, lo que puede conducirlos a problemas personales, sociales, profesionales y psicológicos⁹.

El tercer concepto asociado a la Fatiga Compasiva es la **Satisfacción Compasiva**, que se define como el placer derivado de la habilidad de cada uno para realizar bien su trabajo¹⁷. En Enfermería, hace referencia al sentimiento de realización y recompensa que resulta de cuidar a los pacientes que han vivido eventos traumáticos. Se cree que es el motivo por el cual los cuidadores permanecen en su trabajo¹⁷. De la misma forma que la Fatiga Compasiva es considerada como “el coste de cuidar”, la Satisfacción Compasiva sería el “pago positivo” que se deriva de cuidar¹⁸.

El “**Trauma Indirecto**” (*Vicarious trauma*) es el cuarto concepto vinculado con la Fatiga Compasiva y hace referencia al “*estado de tensión y preocupación por las historias o traumas descritos por los pacientes*”¹¹. Específicamente en los profesionales enfermeros, este concepto hace referencia a las reacciones negativas que pueden desarrollar como resultado de su "compromiso empático" con las víctimas de trauma¹⁵.

Burnett et al también relacionan la Fatiga Compasiva con la **Resiliencia**, la cual definen como “*la capacidad de adaptarse al cambio o de manejar experiencias adversas de la vida*”¹⁵. Consta de múltiples características básicas como la innovación, la tenacidad, la honestidad e integridad, el autocontrol o el optimismo¹⁵. Se ha descubierto que factores como el sexo, la edad, la etnia, la educación, el nivel de exposición al trauma, cambios en los ingresos económicos, el apoyo social, la frecuencia de enfermedades crónicas y los factores estresantes de la vida son predictores únicos de la resiliencia.

Fatiga Compasiva y conceptos relacionados

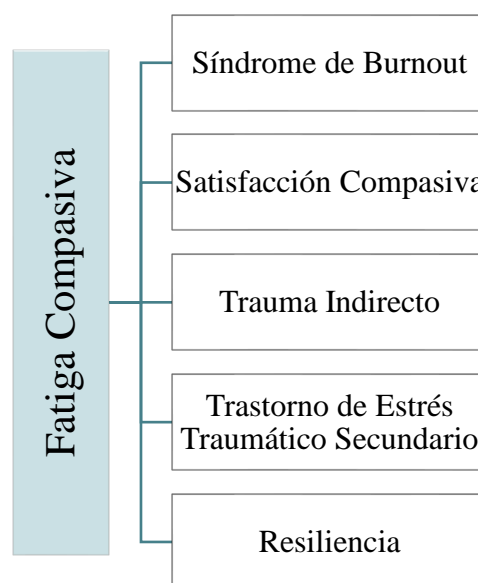


Figura 1. Elaboración propia

Según Coetzee et al, el hecho de que, en el pasado, la Fatiga Compasiva nunca fuese definida oficialmente (ni por Joinson ni por Figley) en el contexto de la Enfermería significa que este fenómeno nunca fue estudiado, descrito o explicado de una forma que permitiese a las enfermeras identificarlo para prevenirlo y combatir sus efectos⁸. Según estos autores, la Fatiga Compasiva parte de un estado de incomodidad por compasión, fácilmente eliminable mediante un descanso adecuado (físico y emocional). Si este descanso no tiene lugar, la incomodidad por compasión conduce al estrés por compasión, el cual si supera los niveles de resistencia de las enfermeras, acaba resultando en Fatiga Compasiva. De esta manera, la Fatiga Compasiva es “*un estado donde la energía compasiva que las enfermeras gastan ha superado sus procesos restaurativos, perdiendo el poder de recuperación*”⁸ (ver Figura 2).

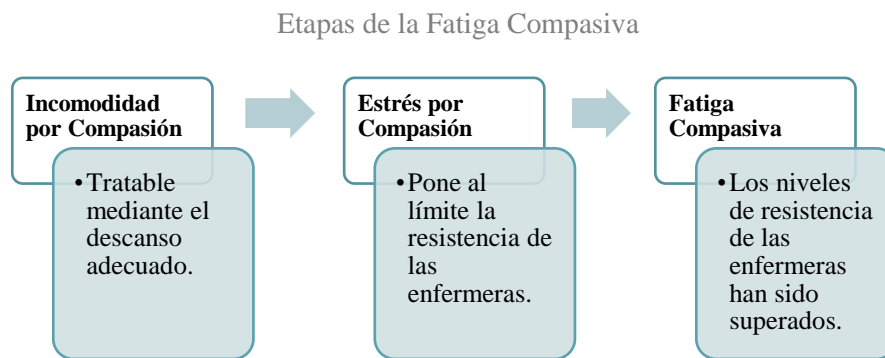


Figura 2. Elaboración propia

La Fatiga Compasiva está asociada con múltiples consecuencias negativas (ver Cuadro 1) tales como la disminución de la eficiencia, de la satisfacción con el trabajo, y de la seguridad y la calidad de cuidados^{10, 18, 19}. Así, las enfermeras pueden experimentar síntomas como dificultades para concentrarse, pérdida de esperanza, ansiedad, aumento del consumo de alcohol, hiperexcitación, agotamiento e irritabilidad, temor a trabajar con algunos pacientes, pérdida de empatía y despersonalización^{12, 20}. Esta despersonalización aumenta el riesgo de interpretar erróneamente información fundamental, poniendo en riesgo la seguridad del paciente (ya que puede hacer, por ejemplo, que al haber interpretado mal dicha información se rellenen erróneamente datos de la Historia Clínica del paciente, o se administre mal el tratamiento)¹². Asimismo, la Fatiga Compasiva contribuye también a que las enfermeras falten más al trabajo, o abandonen la profesión, lo cual perjudica a las organizaciones¹⁷.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS, COGNITIVAS Y SOCIALES DE LA FATIGA COMPASIVA		
EMOCIONALES	COGNITIVAS	SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfado, tristeza, culpabilidad, inquietud. • Pensamientos extraños, imágenes estresantes o pesadillas. • Adormecimiento. • Evitar al paciente, la familia o la situación. • Somatización. • Ansiedad. • Compulsiones o adicciones (fumar, beber...). • Aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la vulnerabilidad e inseguridad. • Considerar a otros no capaces de manejar problemas. • Aumento o disminución de la sensación de poder. • Aumento de escepticismo. • Aumento del sentido de la responsabilidad o la culpa. • Pensar que otros no entienden el trabajo que se realiza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar las relaciones personales. • Desconfianza de otros, (profesionales, familia, pacientes). • Excesiva identificación con el sufrimiento de otros. • Irritarse fácilmente con otros.
Cuadro 1. Adaptado de Gómez Martínez et al ²¹ .		

Se han desarrollado diversos cuestionarios destinados a medir la Fatiga Compasiva. El primero de ellos fue elaborado por Figley en 1995. Se trataba de un autotest basado en las experiencias clínicas de los profesionales y orientado a medir en ellos tanto la Fatiga Compasiva como el Síndrome de Burnout¹⁰. El mismo Figley junto con Stamm añadió, un año después, la subescala de Satisfacción Compasiva¹⁰. En 2005, Stamm revisó la herramienta anterior y desarrolló una nueva versión, llamada **Professional Quality of Life Scale (Pro-QOL)**¹⁰ (ver anexo 1). Este cuestionario, actualizado, se emplea en el presente. Recoge las experiencias relacionadas con el trabajo en los últimos 30 días²².

Mide dos conceptos fundamentales: la Satisfacción Compasiva y la Fatiga Compasiva. Dentro de la Fatiga Compasiva se incluyen, a su vez, otros dos conceptos: el Trastorno de Estrés Traumático Secundario y el Síndrome de Burnout²³ (ver Figura 3). Usa una escala de 10 ítems para medir cada uno de los conceptos mencionados anteriormente. La última versión ha mostrado buenas propiedades psicométricas, considerándose por tanto fiable y válido^{23, 24}.



Figura 3. Elaboración propia

Otra herramienta que se ha utilizado para medir la Fatiga Compasiva es el test de Trastorno de Estrés Traumático Secundario (STST)¹⁰. Surgió con un doble objetivo: 1. Ayudar a conocer el impacto del Estrés Traumático Secundario en trabajadores sociales y 2. Ayudar a orientar los esfuerzos para reducir el impacto negativo de este problema²⁵. Posibilita medir síntomas de trauma secundario en trabajadores sociales y otros profesionales haciendo uso del autoinforme^{10, 25}. Consta de 3 subescalas: la frecuencia de la intrusión, la evitación y la excitación^{10, 25}. La intrusión hace referencia a “*pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, inaceptables o indeseados, que interrumpen la actividad que se está llevando a cabo*”²⁶; la evitación “*puede implicar una amplia variedad de formas tales como intentar intencionadamente suprimir pensamientos o recuerdos, la rumiación de pensamientos, los esfuerzos para disociarse o separarse de las emociones asociadas a experiencias negativas, y el adoptar una perspectiva de tercera persona respecto a los recuerdos dolorosos*”²⁷; y la excitación consiste en “*síntomas de activación asociados con la exposición a eventos traumáticos a través del trabajo de profesionales con poblaciones traumatizadas*”²⁵. Estudios realizados para investigar las propiedades psicométricas de esta escala han mostrado su buena fiabilidad y validez iniciales^{25, 28}.

La mayoría de los estudios orientados a medir la Fatiga Compasiva en las enfermeras utilizaron el Pro-QOL^{9, 14, 17, 21, 29, 30, 31}. Sin embargo, es una herramienta que no está validada en el contexto español, siendo por lo tanto imprescindible su validación en este contexto si se persigue medir este fenómeno en profesionales españoles y garantizar la fiabilidad de los resultados obtenidos con ella.

Por otra parte, tanto el Pro-QOL como el STST son consideradas herramientas de screening más que diagnósticas, aspecto importante a tener en cuenta para la interpretación de los resultados. Como limitaciones de estas dos herramientas, destacan que ninguna de ellas se han desarrollado basándose en las experiencias de las enfermeras, por lo que hay autores que cuestionan si son apropiadas para esta población¹⁰.

Sabery et al, por su parte, elaboraron el Inventario de Fatiga Compasiva de las enfermeras (*Nurses' Compassion Fatigue Inventory*, NCFI)¹⁰. Para ello, utilizaron la definición de Fatiga Compasiva que más extendida estaba en Irán, país de origen de los autores, que dice: “estado de fatiga extrema y trastorno biopsicosocial debido a la exposición prolongada al estrés compasivo”¹⁰. Estudios realizados con este cuestionario muestran que todos los ítems están fuertemente correlacionados, lo que indica que es una escala homogénea y que sus ítems miden un mismo constructo¹⁰. Cuantifica seis factores: capacidades personales limitadas, debilidad para cuidar, trastornos psicosomáticos, fatiga emocional, aislamiento social e incompetencia en el manejo personal y familiar¹⁰. Sin embargo, los autores no pueden garantizar la validez concurrente del cuestionario, ya que las herramientas que utilizaron para elaborarlo no estaban adaptadas culturalmente al contexto de Irán. Afirman, no obstante, que puede ser utilizado en otros países después de validarlo y adaptarlo al contexto de cada uno¹⁰.

Se han realizado investigaciones para estudiar la Fatiga Compasiva en diversos países del mundo, como Estados Unidos, Jordania, China, Portugal o Turquía, entre otros^{9, 14, 19, 31, 32}. Se ha podido observar que es un fenómeno que afecta con mayor frecuencia a las enfermeras de los Servicios de Emergencias, Cuidados Intensivos, Paliativos y Oncología, en comparación con las que desarrollan su labor asistencial en otras unidades. Este hecho se ha vinculado a las peculiaridades de estos servicios que hacen que los niveles de estrés que experimentan estas enfermeras sean mayores^{9, 13, 14, 17, 21, 33, 34}.

Mooney et al realizaron un estudio cuyo objetivo principal consistió en ver si las enfermeras de Cuidados Intensivos tenían mayores niveles de Burnout y Fatiga Compasiva que las enfermeras oncológicas. Usaron para ello el Pro-QOL¹⁴. No encontraron diferencias significativas en cuanto a la Fatiga Compasiva entre las enfermeras de UCI y aquellas que desarrollaban su labor asistencial en unidades oncológicas.

Explican estos resultados indicando que ambas especialidades trabajan en su día a día con pacientes que están sufriendo¹⁴. Pudieron observar, además, que las enfermeras de UCI presentaban mayores niveles de Burnout y menores niveles de Satisfacción Compasiva que las enfermeras oncológicas.

Asimismo, realizaron un subanálisis comparando factores demográficos personales y profesionales específicos¹⁴. Observaron que aquellos enfermeros que eran varones tenían mayores niveles de Satisfacción Compasiva y menores niveles de Burnout y Fatiga Compasiva que las que eran mujeres¹⁴. Asimismo, pudieron observar que los niveles de Fatiga Compasiva disminuían a medida que aumentaban los años de experiencia de la enfermera, por lo que consideraron que quizás la exposición repetida al sufrimiento del paciente podría provocar una desensibilización a éste en el futuro¹⁴.

Al-Majid et al, interesados también en las variables demográficas asociadas a la Fatiga Compasiva y la Satisfacción Compasiva, realizaron un estudio en el que utilizaron, además del ProQOL, un cuestionario elaborado por ellos que incluía la edad, el puesto de trabajo, el nivel de educación, los años de experiencia en Enfermería y las horas de trabajo¹⁷. Destacaron que la Satisfacción Compasiva fue significativamente mayor en enfermeras con más de 10 años de experiencia, mientras que la Fatiga Compasiva fue menor. De esta manera consideraron que, con el paso del tiempo, las enfermeras acaban desarrollando resistencia a los factores estresantes (que podrían provocar Fatiga Compasiva) del lugar de trabajo¹⁷.

Fahey et al, por su parte, midieron, usando el cuestionario ProQOL, la Satisfacción Compasiva y la Fatiga Compasiva entre las enfermeras de Cuidados Críticos para comprender mejor la relación entre los dos fenómenos¹⁸. Hallaron una relación inversa entre la Satisfacción Compasiva y la Fatiga Compasiva, de tal forma que a medida que aumentaba la primera, disminuía la segunda¹⁸. Así, consideraron que podrían existir una relación causal entre ambas, de tal forma que las intervenciones dirigidas a aumentar la Satisfacción Compasiva en las enfermeras podrían disminuir la Fatiga Compasiva¹⁸.

Balinbin et realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar la prevalencia e identificar los determinantes ocupacionales de la Fatiga y la Satisfacción Compasiva entre enfermeras generalistas³⁵. Para ello, utilizaron el Pro-QOL-V, la escala de Satisfacción McCloskey-Mueller (MMSS) y el cuestionario Eden Warmth Survey—Employee³⁵. En dicho estudio observaron que, aunque muchas de las enfermeras participantes mostraron niveles elevados de Fatiga Compasiva, también evidenciaron niveles elevados de Satisfacción Compasiva³⁵.

La Fatiga Compasiva es un fenómeno muy poco estudiado en España entre los profesionales enfermeros. El único estudio encontrado en la revisión realizada en este trabajo es el de Gómez Martínez et al. Estos autores se propusieron medir la Fatiga Compasiva en las enfermeras de UCI y analizar la relación de ésta con variables demográficas y laborales. Para ello, utilizaron el cuestionario ProQOL para la Fatiga Compasiva, y otro cuestionario elaborado por ellos para las variables demográficas y laborales²¹. Destacaron que las mujeres puntuaron más alto en los niveles de Fatiga Compasiva²¹. También observaron que las personas sin pareja y las personas creyentes presentaban mayores niveles de Fatiga Compasiva, aunque sin obtener resultados estadísticamente significativos ($p > 0,05$)²¹. Asimismo, y al contrario que en otros estudios mencionados anteriormente, observaron que, cuanto mayor era la edad y la experiencia de las enfermeras, mayor era el Burnout y la Fatiga Compasiva²¹. Dada la falta de representatividad de la muestra, los autores reconocen la escasa validez externa del estudio, proponiendo realizar investigaciones con muestras de mayor tamaño para dotar a los resultados de una mayor validez²¹.

La Fatiga Compasiva tiene múltiples consecuencias negativas para las enfermeras, algunas de las cuales han sido recogidas previamente (somatización, asilamiento, aumento del consumo de tabaco o alcohol, evitar a pacientes y familiares...). Es un fenómeno que se da con mayor frecuencia entre las enfermeras de Cuidados Críticos debido a las particularidades que tienen los pacientes que ingresan en dicho servicio, ya que su estado es crítico y su nivel de sufrimiento elevado, haciendo que las enfermeras que los tratan estén expuestas a esa gran cantidad de sufrimiento de forma prolongada. Existen diferentes herramientas que permiten medir la Fatiga Compasiva, si bien ninguna de ellas ha sido validada en el contexto español. Al tiempo, son escasas las investigaciones que han explorado este fenómeno en España.

Con el propósito de conocer de manera válida y fiable la extensión de la Fatiga Compasiva en los profesionales enfermeros, concretamente en aquellos que desarrollan su labor asistencial en Unidades de Cuidados Intensivos, parece adecuado proponer la validación al español del cuestionario Professional Quality of Life Scale versión 5 (Pro-QOL – V), que ha mostrado tener buenas propiedades psicométricas en investigaciones previas.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es validar el cuestionario “Professional Quality of Life Scale” versión 5 en el contexto español en enfermeras de Unidades de Cuidados Críticos, y secundariamente:

- Medir los niveles de Fatiga Compasiva entre las enfermeras de Cuidados Intensivos que participen en las pruebas de la validación del cuestionario.
- Relacionar los niveles de Fatiga Compasiva de las enfermeras que participen en las pruebas de validación del cuestionario con variables sociodemográficas y laborales de las mismas.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de validación de cuestionario, en concreto, de adaptación y validación en el contexto español de la versión inglesa del Pro-QOL – V.

La escala mide las experiencias relacionadas con el trabajo durante los últimos 30 días²². Evalúa dos aspectos fundamentales: la Satisfacción Compasiva y la Fatiga Compasiva. Este último se mide a través de otros dos conceptos: el Trastorno de Estrés Traumático Secundario y el Síndrome de Burnout. Por lo tanto, el cuestionario consta de 3 subescalas, con 10 ítems cada una: la subescala de Satisfacción Compasiva, la subescala de Trastorno de Estrés Traumático Secundario y la subescala de Burnout^{10, 23}. Cada ítem se mide con una escala Likert de 5 puntos: 1 Nunca, 2 Raramente, 3 A veces, 4 A menudo y 5 Muy a menudo²².

Para calcular la puntuación obtenida se siguen 3 pasos. En primer lugar, se convierten los ítems 1, 4, 15, 17 y 29 en 1r, 4r, 15r, 17r y 29r²³. En segundo lugar, se suman las puntuaciones de las subescalas, de tal forma que lo puntuado en la escala Likert en cada ítem corresponde a una serie de puntos según la siguiente equivalencia: si se puntúa 1 se sumarán 5 puntos, si se puntúa 2 se sumarán 4 puntos, si se puntúa 3 se sumarán 3 puntos, si se puntúa 4 se sumarán 2 puntos y si se puntúa 5 se sumará 1 punto²³ (ver cuadro 2). En tercer lugar, mediante cálculos matemáticos, se convierte la puntuación total obtenida en una puntuación que se ajuste a una distribución Normal²³.

EQUIVALENCIA ENTRE LA ESCALA LIKERT Y LA PUNTUACIÓN EN EL CUESTIONARIO	
<i>ESCALA LIKERT</i>	<i>PUNTUACIÓN EN EL CUESTIONARIO</i>
1. Nunca	5 puntos
2. Raramente	4 puntos
3. A veces	3 puntos
4. A menudo	2 puntos
5. Muy a menudo	1 punto
Cuadro 2. Adaptado de Stamm ²³	

Ámbito del estudio

El estudio se llevará a cabo en la Comunidad Autónoma de Madrid. Esta autonomía cuenta con 37 hospitales³⁶ que se dividen, según su complejidad, en: 1. Baja o grupo 1, 2. Intermedia o grupo 2 y 3. De gran complejidad o grupo 3³⁶. De los 37 hospitales, 23 cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos (ver anexo 2).

Población a estudio

La población a estudio serán las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid.

- **Criterios de Inclusión:** todas las enfermeras que trabajen en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid.

- **Criterios de Exclusión:**

- Aquellas enfermeras que sea la primera vez que se encuentren trabajando en una Unidad de Cuidados Críticos y lleven menos de 3 meses, ya que la Fatiga Compasiva se desarrolla con el tiempo.
- Aquellas enfermeras que tienen diagnosticada cualquier tipo de enfermedad mental, que dificultaría diferenciar si dichas enfermeras padecen Fatiga Compasiva o son síntomas de su enfermedad.
- Aquellas enfermeras que rechacen participar en la investigación.

La muestra se seleccionará mediante **muestreo por conveniencia**. Este tipo de muestreo forma parte de los no aleatorios e incluye aquellas enfermeras que acepten participar en el estudio^{37, 38}. Además, es un muestreo fácil de realizar y eficiente, así como económico³⁹. Es frecuente que haya sesgos cuando se utiliza este tipo de muestreo, lo cual constituye uno de los principales inconvenientes³⁸.

Así, para el reclutamiento de la muestra, el equipo investigador utilizará su propia red de contactos para solicitar la participación en la investigación a los profesionales de UCI de los distintos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Esta red será empleada principalmente para el desarrollo de la prueba piloto del cuestionario, dado que se precisa un contacto directo con los profesionales participantes. Para conseguir la participación del número de profesionales precisos para la última fase del proceso de validación, los investigadores además de hacer uso de su red personal de contactos para el reclutamiento solicitarán al Gabinete de Comunicación del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid la difusión de la investigación a través de su propia web. Finalmente, el equipo investigador se pondrá en contacto con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias para pedir colaboración de los profesionales enfermeros en el estudio haciendo uso de la página web de la sociedad.

Proceso de validación del cuestionario (ver anexo 3)

Previo a la realización de este proceso, se solicitará el permiso a la autora del cuestionario para realizar el proceso de traducción y validación al español del mismo.

FASE 1: Traducción del cuestionario al español

Traducción de la versión inglesa del cuestionario Pro-QOL-V al español por dos traductores independientes cuya lengua materna sea esta última^{40, 41, 42, 43}. Estos traductores deberán ser bilingües^{40, 41, 43}.

Además, el primer traductor deberá poseer conocimientos sobre terminología de la salud y el cuidado, así como de los contenidos del cuestionario, mientras que el segundo traductor deberá estar más familiarizado con expresiones coloquiales, jerga propia de la salud, y expresiones del Español^{40, 42, 43}. Así, se crearán dos versiones traducidas del cuestionario que contendrán palabras y frases que cubren tanto el lenguaje médico como el habitual⁴⁰.

FASE 2: Comparación de las dos versiones traducidas del cuestionario

Las dos versiones traducidas en la fase previa de validación del cuestionario, así como la versión original del mismo, serán comparadas por un tercer traductor bilingüe independiente^{40, 41, 42}.

Esto permitirá valorar ambigüedades y discrepancias en las traducciones, de tal forma que si surgiese alguna, será resuelta mediante el consenso entre todos los traductores (los dos que participan en la primera fase, y el que participa en esta segunda)⁴⁰. De esta manera se creará la primera versión preliminar traducida del cuestionario Pro-QOL-V⁴⁰.

FASE 3: Traducción inversa ciega de la versión traducida inicial del cuestionario

La versión preliminar traducida del Pro-QOL-V será traducida de vuelta al Inglés por otros dos traductores independientes con las mismas características que los de la primera fase, teniendo en cuenta que la lengua materna de estos nuevos traductores deberá ser el Inglés, y que no conocerán la versión original del cuestionario^{40, 41, 42, 43}.

De esta forma, se producirán dos retro-traducciones al Inglés, lo cual permitirá, en la siguiente fase, clarificar palabras y frases que no quedasen del todo claras en la versión preliminar traducida del cuestionario^{40, 41, 42}.

FASE 4: Comparación de las dos versiones traducidas del cuestionario

Las instrucciones, los ítems y el formato de respuesta de las dos traducciones de la fase 3 serán comparadas por un comité multidisciplinar con las instrucciones, los ítems y el formato de respuesta del cuestionario original en Inglés⁴⁰.

Tal y como indican las recomendaciones, el comité incluirá un metodólogo, un profesional de la salud familiarizado con las áreas de contenido del cuestionario (Fatiga Compasiva, Trastorno de Estrés Traumático Secundario, Burnout y Satisfacción Compasiva), los cuatro traductores bilingües que participan en la fase 1 y en la fase 3 y una persona monolingüe cuya lengua materna sea el Español^{40, 42}. El propósito de este comité será buscar equivalencias en diferentes áreas^{42, 43}:

- *Equivalencia semántica*: consiste en asegurarse de que las palabras significan lo mismo en ambos idiomas^{42, 43, 44}.
- *Equivalencia idiomática*: hace referencia a los coloquialismos o expresiones propias de un idioma que pueden ser difíciles de traducir. El comité busca alternativas para asegurar que se mantiene el significado en la traducción al Español^{42, 43}.
- *Equivalencia experiencial*: este tipo de equivalencia es la que el Comité debe asegurarse de conseguir con respecto a aspectos de la vida diaria que pueden variar de una cultura a otra^{42, 43}.
- *Equivalencia conceptual*: este tipo de equivalencia hace referencia a palabras que tienen un significado conceptual diferente según la cultura. Por ejemplo: la palabra “familia” en algunas culturas se entiende únicamente como aquellos familiares de primer grado, mientras que en otras incluye un ámbito mucho más amplio^{42, 43}.

De esta manera, se desarrolla una versión pre-final del cuestionario en Español, la cual será testada en la prueba piloto⁴⁰.

FASE 5: Prueba piloto de la versión pre-final del cuestionario en español con una muestra monolingüe

La versión pre-final del cuestionario traducido al Español será testada en 40 enfermeras cuya lengua materna sea el Español.

Esta fase del proceso de validación permitirá evaluar las instrucciones, los ítems y el formato de respuesta para clarificarlos^{40, 45}. Se solicitará a las participantes que califiquen las instrucciones y los ítems del cuestionario utilizando una escala dicotómica, cuyas opciones serán: clara o poco clara⁴⁰.

Así, las participantes que califiquen cualquier aspecto del cuestionario como poco claro, deberán aportar sugerencias de mejora. En este sentido y siguiendo las recomendaciones, aquellas instrucciones, ítems o formatos de respuesta que hayan sido clasificados como poco claros por, al menos, el 20% de las enfermeras, serán reevaluados y corregidos⁴⁰. Posteriormente, se volverá a pasar el cuestionario a las participantes y se seguirá corrigiendo hasta que menos del 20% de las instrucciones, ítems y formatos de respuesta hayan sido clasificados como poco claros⁴⁰.

FASE 6: Prueba psicométrica completa de la versión final del cuestionario traducido en una muestra de la población objetivo

Esta última fase se utiliza para establecer las propiedades psicométricas completas del cuestionario recién traducido, adaptado y validado con una muestra de la población objetivo de interés⁴⁰. En esta fase se utilizarán 10 enfermeras por ítem, por lo que la muestra total será de 300 enfermeras de UCI. Se determinarán la fiabilidad (fiabilidad test-retest y la consistencia interna) y la validez (de criterio y de constructo o concepto)⁴⁶. Ello permitirá revisar y refinar los ítems del cuestionario para desarrollar la versión final traducida⁴⁰.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo a través de un cuadernillo compuesto por:

1. Cuestionario destinado a la recogida de las variables sociodemográficas y laborales: edad (años), sexo (hombre, mujer), años de experiencia trabajando en UCI y grado académico (diplomada/graduada, máster, doctor/a). También incluirá una solicitud para participar en la determinación de la fiabilidad test-retest, de tal forma que aquellas enfermeras que estén interesadas en participar deberán aportar su correo electrónico para que el equipo investigador se ponga en contacto con ellas.
2. Los cuestionarios Pro-QOL-IV y Pro-QOL-V tras el proceso de traducción y retro-traducción.

El cuestionario se llevará a cabo utilizando la aplicación Survey Monkey. Así será posible acceder al mismo a través de un link que acompañará a la hoja de información sobre la investigación para los participantes.

Análisis de datos

Todo el proceso de análisis de datos se realizará utilizando el software SPSS versión 26.0. Por una parte, se establecerá el perfil de la muestra mediante la determinación de las variables sociodemográficas, las cuales serán resumidas mediante estadísticos descriptivos: media y desviación estándar para las variables cuantitativas (edad y años de experiencia trabajados en UCI) y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (sexo y grado académico).

Por otra parte, para medir los niveles de Fatiga Compasiva entre las enfermeras que participan en la validación del cuestionario, se realizará un análisis estadístico descriptivo de los resultados obtenidos, tanto de la puntuación total del cuestionario, como de las 3 subescalas. Se determinará la media, la mediana, la moda, la varianza, la desviación típica, los cuartiles, los percentiles y el rango. Todo ello, permitirá determinar si la muestra seleccionada se ajusta a una distribución Normal. Además, se analizarán las respuestas a los ítems del cuestionario a través de frecuencias y porcentajes.

En este sentido, para poder relacionar los resultados obtenidos previamente con las variables sociodemográficas y laborales estipuladas, se realizarán diferentes análisis estadísticos dependiendo de si la muestra se ajusta a una distribución Normal o no:

- Variables cuantitativas (edad y años de experiencia trabajados en UCI): se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de que la distribución sea Normal, o el coeficiente de correlación de Spearman en el caso de que no lo sea.
- Variables cualitativas (sexo y grado académico): se utilizará el estadístico t de Student si la distribución se ajusta a una Normal, o la U de Mann-Whitney si no lo hace.

Además, para las 3 variables se obtendrá una p de significación estadística. Asimismo, se determinarán las propiedades psicométricas del cuestionario, las cuales serán:

- **Fiabilidad:** según Argimon Pallás y Jiménez Villa, “*un instrumento es fiable si produce resultados consistentes cuando se aplica en diferentes ocasiones*”⁴⁶. La fiabilidad está compuesta por la repetibilidad o fiabilidad test-retest y/o la fiabilidad interobservador (para este estudio únicamente se tendrá en cuenta la fiabilidad test-retest), así como por la consistencia interna⁴⁶.

- Repetibilidad o fiabilidad test-retest: hace referencia a si, cuando se administra un cuestionario a la misma población en dos ocasiones distintas, se obtienen resultados iguales o similares⁴⁶. De esta manera, si el tiempo que transcurre entre ambas aplicaciones es muy largo o corto, puede haber variaciones en el fenómeno que se mide (en este caso, la Fatiga Compasiva) o se puede recordar lo que se respondió en la primera aplicación, respectivamente⁴⁶. En este caso, se determinará esta propiedad con una muestra de 25 enfermeras y se dejarán pasar dos semanas entre cada aplicación del cuestionario.
- La consistencia interna: mide el grado en el que se obtienen respuestas homogéneas a diferentes preguntas sobre un mismo concepto o dimensión⁴⁶. Puesto que el cuestionario que se validará consta de 3 subescalas, se debe determinar la consistencia interna de todas ellas⁴⁶. Se administrará el cuestionario dos veces para determinar la fiabilidad test-retest y, de las dos administraciones, se utilizará la primera para medir la consistencia interna. Para el análisis de este factor se utilizará el alfa de Cronbach, que expresa la consistencia interna entre tres o más variables⁴⁶. Sus valores están comprendidos entre 0 y 1 y, en general, se considera que dicho valor debe ser igual o superior a 0,70 para considerar que el cuestionario tiene buena consistencia interna⁴⁶.
- **Validez**: de acuerdo con Argimon Pallás y Jiménez Villa, hace referencia a *“la capacidad de un cuestionario para medir aquello para lo que ha sido diseñado”*⁴⁶. Consta de diferentes componentes⁴⁶:
 - Validez de criterio: es la validez más importante. Para poder determinarla hace falta un método alternativo de medida de la Fatiga Compasiva cuya validez ya haya sido demostrada, el cual será utilizado como referencia⁴⁶. En este caso, será versión traducida del cuestionario Professional Quality of Life Scale versión IV. Se evaluará a través de la validez concurrente⁴⁶. Para ello se relaciona, mediante el coeficiente de correlación, el cuestionario que se está validando (el Pro-QOL-V) con el de referencia (el Pro-QOL-IV), ambos administrados simultáneamente⁴⁶.

- Validez de constructo o de concepto: en el caso de que sea imposible determinar la validez de criterio, la alternativa es evaluar la validez de constructo⁴⁶. Algunas de las formas de determinar la validez de constructo consisten en “*comprobar que el cuestionario se correlaciona con otras variables que se cree que están relacionadas con él, mientras que no lo hace con otras con las que se sospecha que no tiene relación alguna*”⁴⁶, es decir, determinar la validez convergente y divergente respectivamente⁴⁶. Para ello, se tendrá en cuenta que, según la literatura analizada, parece haber una relación entre la Fatiga Compasiva y los años de experiencia en UCI, de tal forma que cuantos más años se lleve trabajando en dichas Unidades, menor es la Fatiga Compasiva. De esta manera, se comparará la Fatiga Compasiva que obtenga cada enfermera cuando responda al cuestionario con los años que lleven trabajando en UCI, y se determinará el coeficiente de correlación entre ambos⁴⁶. Si se cumple el supuesto planteado anteriormente y las enfermeras que más años llevan trabajando en Críticos son las que manifiestan menos Fatiga Compasiva, se considerará que el cuestionario tiene validez de constructo.

Cronograma

TEMPORALIDAD	ACTIVIDADES
Julio 2020	Se preparará y redactará la documentación y permisos que se presentarán al comité de ética de la UAM para obtener su aprobación.
Agosto 2020- Septiembre 2020	Se contactará con el equipo que participará en las 4 primeras fases del proceso de traducción y validación.
Octubre 2020 – Marzo 2021	Se llevarán a cabo las Fases 1, 2, 3 y 4 del proceso de traducción y validación.
Abril 2021 – Agosto 2021	Se llevará a cabo la Fase 5 del proceso de traducción y validación.
Septiembre 2021 – Septiembre 2022	Se contactará con el CODEM y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias para reclutar la muestra de 300 enfermeras y se llevará a cabo la Fase 6 del proceso de traducción y validación.
Octubre 2022	Se redactará el informe de la investigación realizada y se publicará.
Cuadro 3. Elaboración propia	

Presupuesto Económico

En primer lugar, se precisa contratar a 4 traductores. Esos traductores cobran, aproximadamente, 0,08€ por palabra. Se precisará tener con ellos, inicialmente, unas 4 reuniones de unas 2 horas de duración cada una, que costarán unos 50€ cada una por traductor. El total de todo ello se estima en unos 1000€, aproximadamente.

El lugar donde se tendrán lugar las reuniones de la investigación será un despacho de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. No obstante, si esto no es posible, habría que alquilar un lugar de trabajo que debe contar con conexión a internet y electricidad, así como ordenadores, cables, impresora y suficiente espacio para trabajar todo el equipo. El alquiler de este despacho se estima de unos 25 – 40€ la hora alquilada.

Se precisa material fungible, consistente en material de oficina, el programa Microsoft Office Word para trabajar las diferentes fases del proceso de traducción y validación, así como para realizar el informe final de la investigación, el software SPSS versión 26.0 para el proceso de análisis de los datos que precisa de licencia, y una suscripción de 18 meses al programa Survey Monkey para la elaboración del cuestionario en línea. El total de todo ello supondrá unos 700€.

Finalmente, se pretenderá difundir el trabajo en internacionales, por lo que habrá que traducirlo al inglés, ya que las publicaciones de mayor impacto están escritas en dicha lengua. El coste de la traducción se estima de unos 0,08€ por palabra y se estima que cada artículo tenga una extensión entre 3.000 y 4.000 palabras. En España, se pretende publicar en las revistas Metas de Enfermería y Enfermería Intensiva, y se hará en Open Access. Ello costará aproximadamente 4.900€ (3.200€ por publicar en Metas de Enfermería y 1.900€ por hacerlo en la revista de Enfermería Intensiva). A nivel internacional, se publicará en la Critical Care Journal, también en Open Access, lo cual supondrá entre 3240€ y 3.320€ en total (3000€ por publicar en la revista y entre 240€ y 320€ por la traducción al inglés).

Consideraciones Éticas

En primer lugar, se solicitará permiso a la autora del cuestionario para poder validarlo. A continuación, el proyecto será sometido al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid.

Esta investigación cumplirá con lo estipulado en la Declaración de Helsinki y en el Convenio del Consejo Europeo en materia de Derechos Humanos y Biomedicina. También cumplirá con lo presente en la legislación española, atendiendo especialmente a lo recogido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁴⁷. En este sentido, la recogida de datos se realizará en una hoja de datos única para cada participante, en la que no se recogerá el nombre, únicamente los datos necesarios para la investigación. Dicha hoja estará identificada con un código numérico, garantizándose así el anonimato de todos los participantes. Una vez finalizada la etapa de recogida de datos, la información será destruida.

Asimismo, este estudio garantizará la participación libre e informada mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo 4). Se garantizará la información a los participantes por medio de una carta de presentación del estudio en la que constarán los objetivos del mismo, que se entregará junto con los cuadernillos de recogida de datos. Además, se dará a los participantes la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello suponga ningún problema para ellos.

Reflexiones finales

Limitaciones del estudio

Por una parte, la validación se realizará con una muestra de enfermeras concreta, de manera que la aplicación del cuestionario en otras enfermeras precisará de nuevos procesos de validación.

Por otra parte, para determinar las propiedades psicométricas del cuestionario se requiere una muestra de enfermeras muy amplia, por lo que, teniendo en cuenta el tipo de muestreo que se utilizará, puede ser complicado reclutar dicha muestra. Igualmente, debido a este tipo de muestreo, participarán aquellas enfermeras que estén motivadas para ello, por lo que los niveles de Fatiga Compasiva que se van a medir en dicha población podrían estar subestimados y no ser del todo reales.

Implicaciones para la práctica

La Fatiga Compasiva, tal y como ha quedado evidenciado en la Introducción, es un problema frecuente entre las enfermeras de Cuidados Intensivos, pero todavía desconocido en nuestro contexto. Por ello, la validación de este cuestionario se considera fundamental para poder disponer de herramientas válidas y fiables para medir este fenómeno en el contexto español. Esto resulta especialmente importante para conocer en profundidad la magnitud del problema en dicho contexto y trabajar, en un futuro, en soluciones eficaces.

Propuesta de nuevas líneas de investigación

En primer lugar y siempre teniendo en cuenta los resultados que arroje el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario en su versión española, sería interesante proceder a la validación del mismo en otras poblaciones de profesionales enfermeros.

En segundo lugar, una vez disponible la versión validada del cuestionario, es posible poner en marcha investigaciones orientadas a su validación en distintas poblaciones de profesionales enfermeros.

Finalmente, en base a los resultados de la versión española de la herramienta puede ser necesario el desarrollo de nuevos cuestionarios de evaluación con mayor fiabilidad y validez para la medición de la Fatiga Compasiva.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi tutora, Cristina. Sin ella este trabajo no habría sido posible, ya que ha sido capaz de entender mis ideas a la perfección y guiarme para poder trabajar y exponer el fenómeno de la Fatiga Compasiva. Ha sabido contener mi ambición y mis ganas de trabajar en todos los aspectos de este fenómeno que me habrían llevado a un trabajo caótico y mucho más duro, para dar lugar a la base para poder investigar en profundidad el problema, una herramienta validada en España. Asimismo, no ha sido sólo una tutora, sino un apoyo constante durante la realización del proyecto, así como en otros aspectos personales, de los cuales estaré siempre agradecida.

Por otra parte, me gustaría dar las gracias a toda mi familia y amigos, por aguantar mis inseguridades constantes, mis quejas, mis frustraciones, mis alegrías y mis penas con este trabajo. Han sabido calmarme y apaciguarme hasta que he sido capaz de volver a ponerme a trabajar con otra mentalidad y las ganas renovadas.

Finalmente, me gustaría dedicar este trabajo a mi yaya, que sé que donde quiera que esté se siente orgullosa de mí y me sonríe, como siempre.

Bibliografía

1. Papadopoulos I. Taylor G. Ali S. Aagard M. Akman O. Alpers LM. et al. Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural Nursing*. 2015; 1-10. DOI: 10.1177/1043659615624740.
2. Real Academia de la Lengua Española [Internet]. Diccionario de la Lengua Española. 2014, 23. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
3. Goetz JL. Keltner D. Simon – Thomas E. Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychol Bull*. 2010, 136 (3): 351-374. DOI: 10.1037/a0018807.
4. Schantz ML. Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2007, 42 (2): 48-55.
5. Papadopoulos I. Zorba A. Koulouglioti C. Ali S. Aagard M. Akman O. et al. International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review* 2016, 63: 395–405.
6. Morgan A. Against compassion: in defence of a “hybrid” concept of empathy. *Nursing Philosophy*. 2017, 18: 1-6. DOI: 10.1111/nup.12148.
7. Horsburgh D. Ross J. Care and compassion: the experiences of newly qualified staff nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22: 1124-1132. DOI: 10.1111/jocn.12141.
8. Coetzee SK. Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*. 2010, 12: 235-243. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x.
9. Al Barmawi MA. Subih M. Salameh O. Sayyah Yousef Sayyah N. Shoqirat N. Abdel-Azeez Eid Abu Kebbeh R. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain and Behavior*. 2019: 1-8. DOI: 10.1002/brb3.1264.
10. Sabery M. Zagheri Tafreshi M. Mohtashami J. Ebadi A. Development and Psychometric Evaluation of the Nurses' Compassion Fatigue Inventory. *Journal of Nursing Measurement*. 2017, 25 (3): 185-201. DOI: 10.1891/1061-3749.25.3.E185.
11. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2018, 53: 466-480. DOI: 10.1111/nuf.12274.

12. Jenkins B. Warren NA. Concept Analysis Compassion Fatigue and Effects Upon Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing*. 2012, 35, (4): 388-395. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e318268fe09.
13. Cross, LA. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019, 21 (1): 21-28. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000477.
14. Mooney C. Fetter K. W. Gross B. Rinehart C. Lynch C. B. Rogers F. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauman Nursing*. 2017, 24 (3): 158-163. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000284.
15. Burnett, HJ. Wahl, K. The Compassion Fatigue and Resilience Connection: A Survey of Resilience, Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction among Trauma Responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 2015, 17 (1): 318-326.
16. OM Chan, A. Huak Chan, Y. Puay Chuang, K. SC Ng, J. SH Neo, P. Addressing physician quality of life: understanding the relationship between burnout, work engagement, compassion fatigue and satisfaction. *Journal of Hospital Administration*. 2015, 4 (6): 46-55. DOI: 10.5430/jha.v4n6p46.
17. Al-Majid S. Carlson N. Kiyohara M. Faith M. Rakovski C. Assessing the Degree of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care, Oncology, and Charge Nurses. *The Journal of Nursing Administration*. 2018, 48 (6): 310-315.
18. Fahey DM. Glasofer A. An inverse relationship. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and critical care nurses. *Nursing Critical Care*. 2016, 11 (5): 30-35. DOI: 0.1097/01.CCN.0000490957.22107.50.
19. Çelik S. Taşdemir N. Kurt A. İlgezdi E. Kubalas Ö. Fatigue in Intensive care nurses and Related factors. *Int J Occup Environ Med*. 2017, 8 (4): 199-206. DOI: 10.15171/ijoem.2017.1137.
20. Beaumont, E. Durkin, M. Hollins Martin, CJ. Carson, J. Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative Survey. *Midwifery*. 2016, 34: 239-244. DOI: 10.1016/j.midw.2015.11.002

21. Gómez Martínez S. Gil Juliá B. Castro Calvo J. Ruiz Palomino E. Ballester Arnal R. Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Àgora Salut.* 2015, 1 (16): 209-220. DOI: 10.6035/AgoraSalut.2015.1.16.
22. Blackmore, B. Williams, E. Promoting Compassion Satisfaction in an Oncology Navigation Program. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship.* 2019, 10 (9): 366-368.
23. Stamm, BH. The concise manual for the professional quality of life scale. 2º edición. Pocatello: ProQOL.org. 2010.
24. Hemsworth D. Baregheh A. Aoun S. Kazanjian A. A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research.* 2018, 39: 81-88. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.09.006.
25. Moreno-Jiménez, B. Morante Benadero, ME. Garrosa Hernández, E. Rodríguez Carvajal, R. Losada Novoa, MM. El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica.* 2004, 22 (1): 69-76.
26. Pascual-Vera, B. Belloch, A. El carácter transdiagnóstico de las intrusiones mentales: Una revisión y una propuesta basada en datos: una revisión y una propuesta basada en datos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2018, 23: 135-147. DOI: 10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.20738
27. Barajas Martínez, S. Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión. Tesis doctoral. 2013.
28. Meda Lara RM. Moreno Jiménez B. Rodríguez Muñoz A. Arias Merino EV. Palomera Chávez A. Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario. *Psicología y Salud.* 2011, 1: 5-15.
29. Sacco TL. Ciurzynski SM. Harvey ME. Ingersoll GL. Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse.* 2015, 35 (4): 32-44. DOI: 10.4037/ccn2015392.
30. Wu S. Singh – Carlson S. Odell A. Reynolds G. Su Y. Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum.* 2016, 43 (4): 161-169. DOI: 10.1188/16.ONF.E161-E169.

31. Neves Borges EM. Silva Fonseca CIN. Pavan Baptista PC. Leite Queirós CM. Baldonado Mosteiro M. Mosteiro Díaz MP. Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. *Rev. Latino – Am. Enfermagem*. 2019, 27: 1-6. DOI: 10.1590/1518-8345.2973.3175.
32. Zhang YY. Han WL. Qin W. Yin HX. Zhang CF. Kong C. et al. Extent of compassion Satisfaction compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-análisis. *J Nurs Manag*. 2018, 26: 810-819. DOI: 10.1111/jonm.12589.
33. Hunt P. Denieffe S. Gooney M. Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*. 2019, 28: 1-8. DOI: 10.1111/ecc.13124.
34. Najjar N. Davis LW. Beck – Coon K. Carney Doebbeling C. Compassion Fatigue. A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*. 2009, 14 (2): 267-277. DOI: 10.1177/1359105308100211.
35. V Balinbin, CB. R Balatbat, KT. B Balayan, AN. C Balcueva, MI. B Balicat, MG. S Balidoy, TA. B Macindo, JR. S Torres, GC. Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2020, 29: 955-963. DOI: 10.1111/jocn.15163.
36. Hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>
37. Otzen, T. Manterola, C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*. 2017, 35 (1): 227-232.
38. Casal, J. Mateu, E. Tipos de muestreo. *Revista Epidemiológica de Medicina Preventiva*. 2003, 1: 3-7.
39. Salamanca Castro, AB. Martín – Crespo Blanco, C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*. 2007, 27: 1-4.
40. Sousa, VD. Rojjanasrirat, W. Translation, Adaptation and Validation of Instruments or Scales for use in Cross-cultural Health Care Research: A Clear and User-Friendly Guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011, 17: 268-274. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x

41. Sperber, AD. Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research. *Gastroenterology*. 2004, 126: 124-128. DOI: 10.1053/j.gastro.2003.10.016
42. Beaton, D. Bombardier, C. Guillemin, F. Bosi Ferraz, M. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Institute for Work & Health. 2007.
43. Beaton, D, Bombardier, C. Guillemin, F. Bosi Ferraz, M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000, 25 (24): 3186-3191.
44. Herdman, M. Fox-Rushby, J. Badia, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*. 1998, 7: 323-335.
45. Hall, DA. Zaragoza Domingo, S. Hamdache, LZ. Manchaiah, V. Thammaiah, S. Evans, C. Wong, LLN. A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. *International Journal of Audiology*. 2017: 1-15. DOI: 10.1080/14992027.2017.1393565
46. Argimon Pallás, JM^a. Jiménez Villa, J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4^o edición. Elsevier, Barcelona, España. 2013. ISBN: 978-84-8086-941-6.
47. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, n^o 294 (6-12-2018).
48. SaludMadrid. Hospital Universitario del Henares [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/henares/>
49. SaludMadrid. Hospital Universitario Infanta Cristina [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/infantacristina/>
50. SaludMadrid. Hospital Universitario Infanta Elena [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/infantaelena/>
51. SaludMadrid. Hospital Universitario del Sureste [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/sureste/>
52. SaludMadrid. Hospital Universitario del Tajo [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/tajo/>
53. SaludMadrid. Hospital Universitario de Fuenlabrada [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fuenlabrada/>

54. SaludMadrid. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/fundacionalcorcon/>
55. SaludMadrid. Hospital Universitario de Getafe [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/>
56. SaludMadrid. Hospital Universitario Infanta Leonor [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/infantaleonor/>
57. SaludMadrid. Hospital Universitario Infanta Sofía [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/infantasofia/>
58. SaludMadrid. Hospital Universitario de Móstoles [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/mostoles/>
59. SaludMadrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/>
60. SaludMadrid. Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/reyjuancarlos/>
61. SaludMadrid. Hospital Universitario Severo Ochoa [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/severoochoa/>
62. SaludMadrid. Hospital Universitario del Torrejón [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/torreon/>
63. SaludMadrid. Hospital Universitario de Villalba [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/villalba/>
64. SaludMadrid. Hospital Universitario 12 de Octubre [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/>
65. SaludMadrid. Hospital Clínico San Carlos [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosanccarlos/>
66. SaludMadrid. Hospital General Universitario Gregorio Marañón [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/>
67. SaludMadrid. Hospital Universitario la Paz [internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/>
68. SaludMadrid. Hospital Universitario de La Princesa [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/laprincesa/>
69. SaludMadrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda [internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/>
70. SaludMadrid. Hospital Universitario Ramón y Cajal [Internet]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/ramonycajal/>

Anexo 1: Professional Quality Of Life Scale versión 5

Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue
(ProQOL) Version 5 (2009)

1=Never 2=Rarely 3=Sometimes 4=Often 5=Very Often

- _____ 1. I am happy.
- _____ 2. I am preoccupied with more than one person I [help].
- _____ 3. I get satisfaction from being able to [help] people.
- _____ 4. I feel connected to others.
- _____ 5. I jump or am startled by unexpected sounds.
- _____ 6. I feel invigorated after working with those I [help].
- _____ 7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
- _____ 8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
- _____ 9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
- _____ 10. I feel trapped by my job as a [helper].
- _____ 11. Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
- _____ 12. I like my work as a [helper].
- _____ 13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
- _____ 14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
- _____ 15. I have beliefs that sustain me.
- _____ 16. I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
- _____ 17. I am the person I always wanted to be.
- _____ 18. My work makes me feel satisfied.
- _____ 19. I feel worn out because of my work as a [helper].
- _____ 20. I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
- _____ 21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
- _____ 22. I believe I can make a difference through my work.
- _____ 23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
- _____ 24. I am proud of what I can do to [help].
- _____ 25. As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
- _____ 26. I feel "bogged down" by the system.
- _____ 27. I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
- _____ 28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
- _____ 29. I am a very caring person.
- _____ 30. I am happy that I chose to do this work.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

36

Anexo 2: Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales de la CAM

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID		
BAJA COMPLEJIDAD	COMPLEJIDAD INTERMEDIA	GRAN COMPLEJIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • H. U. Henares: UCI de adultos⁴⁸. • H. U. Infanta Cristina: UCI de adultos⁴⁹. • H. U. Infanta Elena: UCI de adultos⁵⁰. • H. U. del Sureste: UCI de adultos⁵¹. • H. U. del Tajo: UCI de adultos⁵². 	<ul style="list-style-type: none"> • H. U. Fuenlabrada: UCI de adultos y UCI neonatal⁵³. • H. U. Fundación Alcorcón: UCI quirúrgica de adultos y UCI neonatal⁵⁴. • H. U. de Getafe: UCI de adultos y UCI neonatal⁵⁵. • H. U. Infanta Leonor: UCI de adultos⁵⁶. • H. U. Infanta Sofía: UCI de adultos y UCI neonatal⁵⁷. • H. U. Móstoles: UCI de adultos y UCI neonatal⁵⁸. • H. U. Príncipe de Asturias: UCI de adultos y UCI neonatal⁵⁹. • H. U. Rey Juan Carlos: UCI de adultos⁶⁰. • H. U. Severo Ochoa: UCI de adultos y UCI neonatal⁶¹. • H. U. de Torrejón: UCI de adultos⁶². • H. U. de Villalba: UCI de adultos⁶³. 	<ul style="list-style-type: none"> • H. U. 12 de Octubre: UCI Polivalente, UCI Cardiológica, UCI de Trauma y Emergencias y UCI pediátrica⁶⁴. • H. Clínico San Carlos: UCI Polivalente, UCI de Neurocríticos y Politraumatizados, UCI de Críticos Cardiovasculares y UCI pediátrica⁶⁵. • H. G. U. Gregorio Marañón: UCI de adultos, UCI pediátrica y UCI neonatal⁶⁶. • H. U. la Paz: UCI Polivalente de adultos, Unidad de Quemados Críticos, REA General, REA Polivalente, REA Cardiorrástica, REA Coronaria, UCI pediátrica, UCI neonatal, REA pediátrica y REA neonatal⁶⁷. • H. U. La Princesa: UCI de adultos⁶⁸. • H. U. Puerta de Hierro Majadahonda: UCI de adultos⁶⁹. • H. U. Ramón y Cajal: UCI médica y UCI quirúrgica de adultos y UCI pediátrica⁷⁰.
Cuadro 4. Elaboración propia		

Anexo 3: Proceso de validación del cuestionario

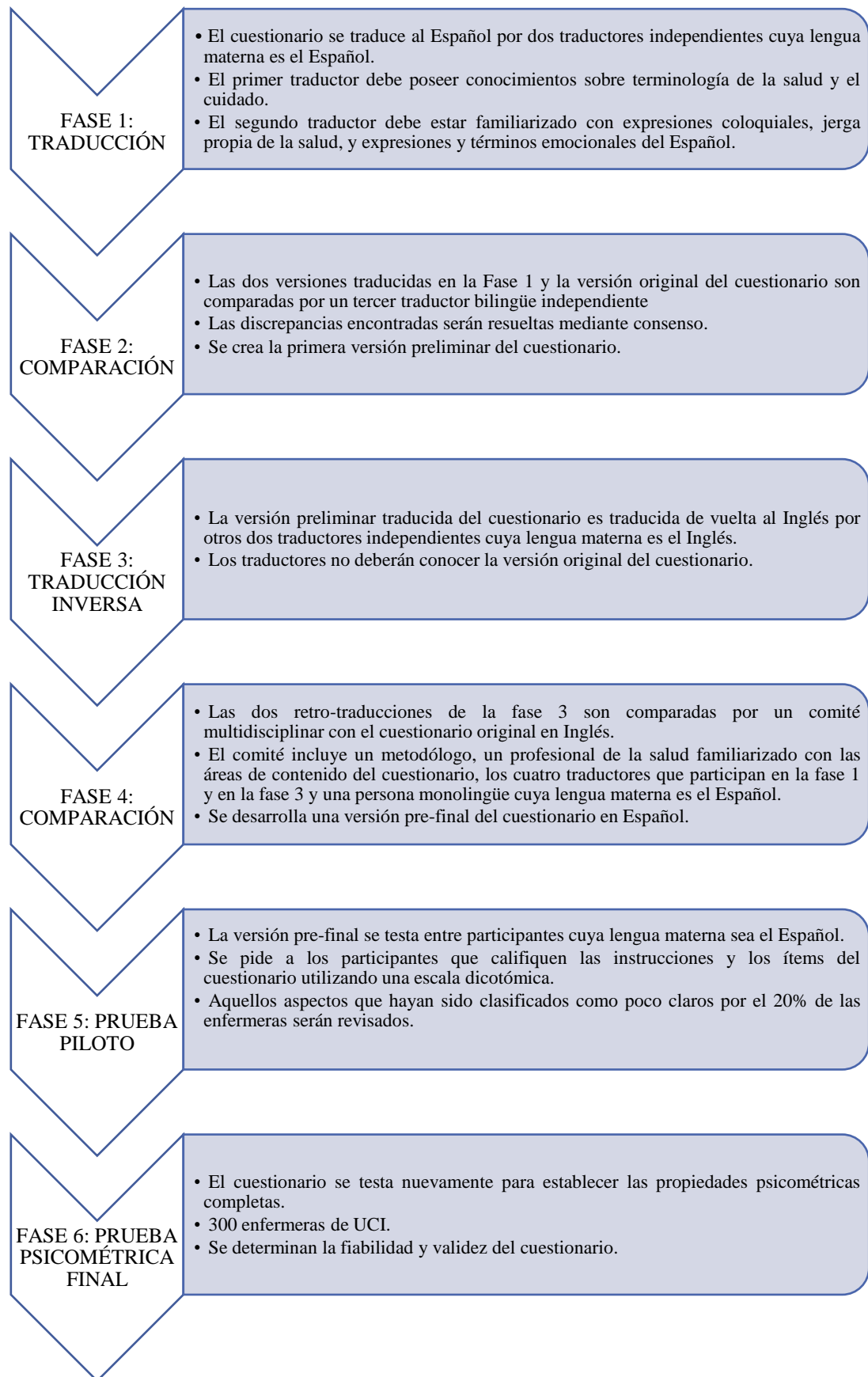


Figura 4. Elaboración propia

Anexo 4: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PARTICIPANTES

Yo _____
he _____ sido _____ informada/o _____ por _____
_____, colaborador/a
del trabajo "Fatiga Compasiva en las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos"
y declaro que:

- He recibido información sobre el proyecto.
- He podido realizar preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- Autorizo el tratamiento de mis datos para los propósitos del estudio.

Comprendo que mis datos serán confidenciales y tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Asimismo, he sido informada/o de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones de ningún tipo.

Doy mi conformidad para la participación en este estudio: SI/NO.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del equipo investigador